

CHECK LIST GENERALE

OSPEDALE DI _____

Denominazione struttura _____

Indirizzo _____

Gestita da _____

Direttore sanitario _____

Autorizzazione rilasciata dal Comune di _____ in data _____ atto n. _____

REQUISITI GENERALI

REQUISITI STRUTTURALI – SICUREZZA IMPIANTI ED ATTREZZATURE

La distribuzione di posti letti è coerente con l'atto autorizzativo? sì no

Esiste **un sistema di gestione** delle modifiche sulla destinazione d'uso dei locali sì no

E' presente certificato di conformità edilizia e agibilità o scheda tecnica descrittiva sì no in corso

Esiste Certificato di **Prevenzione Incendi** valido *(descrivere lo stato della pratica)* sì no

Esiste un piano di emergenza interno (PEI)? sì no

È ritenuto adeguato? sì no

Esiste un contratto di verifica semestrale degli estintori? sì no

Impianto elettrico- Ascensori - Impianto termico - Impianti gas medicali - Apparecchiature elettromedicali

Si facci riferimento alla specifica check list sugli impianti

Apparecchi radiologici

E' corretta la documentazione per la denuncia degli apparecchi? sì no

E' presente la lettera di accettazione dell'incarico da parte dell'E.Q. sì no

Esiste il Registro dei controlli periodici di tutte le app. radiologiche? sì no
Viene rispettata la periodicità delle verifiche previste dall'EQ? sì no

Esiste la Nomina del Medico Autorizzato sì no

SISTEMA DI SICUREZZA AZIENDALE (D.Lgs. 81/08)

1. Organizzazione a tutela della salute e sicurezza dei lavoratori

Esiste un organigramma del sistema di prevenzione aziendale e/o sono definiti con appositi atti aziendali il DL, i dirigenti e i preposti sì no

- Esistono deleghe di funzione in materia di sicurezza dei lavoratori si no
- E' data notizia a tutti i lavoratori dei nominativi, del ruolo e delle responsabilità di tutte le figure coinvolte nel processo di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori si no
- Definizione delle modalità con cui viene realizzata tale informazione si no
- Quanti sono gli addetti del SPP? _____
- Il SPP si avvale anche di collaboratori esterni al servizio si no
- Sono individuati i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza si no
- Sono attivi le modalità e gli strumenti con i quali i lavoratori e le varie figure possono comunicare tra loro si no

2. Valutazione dei rischi

- Sono definiti ruoli e compiti nella conduzione delle varie fasi che compongono il processo di valutazione si no
- Sono definite modalità di acquisizione delle informazioni si no
- Sono attivi e automatici i percorsi di identificazione dei pericoli si no
- Sono attivi e automatici i percorsi di aggiornamento del documento di valutazione dei rischi si no
- Le attività aziendali che comportano: nuove produzioni/servizi, appalti, acquisti,..., sono sottoposte all'attenzione del SPP per quanto attiene agli aspetti relativi alla salute e sicurezza sul lavoro si no

3. Programma delle misure di prevenzione e protezione

- Esiste un sistema di verifica dell'attuazione (es. procedure, strumenti, DPI, ecc.) si no
- Esiste un sistema di verifica del mantenimento delle misure di prevenzione individuate nel programma suddetto (monitoraggio del rispetto delle procedure, dell'utilizzo dei DPI, degli strumenti, ecc.) si no
- Esistono delle modalità di coinvolgimento dei RLS o di altre figure (capi reparto, preposti, lavoratori) nell'attivazione del programma aziendale di cui al punto precedente e nella verifica del raggiungimento degli obiettivi si no
- Esiste un programma aziendale che preveda obiettivi di prevenzione aggiuntivi (miglioramenti organizzativi, riduzione infortuni e malattie professionali, monitoraggio dei "quasi infortuni" ecc.) si no
- Esiste un sistema di gestione dei DPI (individuazione, scelta condivisa, consegna, controllo dei consumi, sostituzione) si no

4. Informazione e formazione

- Esiste un programma delle attività di formazione si no
- Esiste un modello organizzato per l'individuazione dei bisogni formativi e l'adeguamento dei percorsi formativi (formazione continua/aggiornamento, formazione dei neo-assunti, formazione studenti in stage) si no

5. Audit

- Sono svolti periodicamente audit sul sistema di gestione della sicurezza in termini di conformità alla norma ed efficacia della sua applicazione si no

REQUISITI ORGANIZZATIVO – FUNZIONALI

Gestione farmaci

La farmacia è gestita da (indicare nome e qualifica) _____

Presenza di procedure per la distribuzione dei farmaci sì no

Esistono procedure di conservazione e controllo scadenze sì no

Rifiuti sanitari e non sanitari

Esistono procedure per lo stoccaggio e smaltimento dei rifiuti ? sì no

Esiste un sistema di raccolta differenziata? sì no

Prevenzione e controllo delle infezioni

Esistono procedure o istruzioni operative relative a Prevenzione e controllo delle infezioni

Igiene delle mani sì no

pulizia, disinfezione, sterilizzazione e stoccaggio dei dispositivi medici riutilizzabili sì no

decontaminazione e pulizia degli ambienti sì no

procedure per il cambio della biancheria (stoccaggio, raccolta, e trasporto b.pulita e sporca) sì no

dotazione ed uso DPI a protezione anche del paziente sì no

adeguato stoccaggio del materiale biologico sì no

Esistono corretti sistemi di controllo della sterilizzazione degli strumenti sì no

Esistono:

procedure di controllo della Scabbia sì no

procedure di controllo delle infezioni ospedaliere e relativa sorveglianza epidemiologica sì no

▪ esiste un referente ? indicare _____

procedure di collaborazione tra laboratorio analisi e gruppo di controllo delle infezioni per la ricerca di microrganismi altamente diffusibili e/o ad elevata patogenicità (Clostridium difficile, Rotavirus, microrganismi con resistenze multiple, Streptococcus pyogenes, ecc.) sì no

altro _____

procedura per il contenimento del rischio Legionella sì no

In merito al **Documento di valutazione del rischio Legionella** indicare:

Responsabile

a. Impianto idro-sanitario/termico

b. Impianto di condizionamento

c. Altri impianti

Responsabile per l'identificazione e la valutazione del rischio da *Legionella*

Analisi del Rischio effettuata sì no, ultimo aggiornamento il

Responsabile del controllo del programma di manutenzione e ispezione periodica

Presenza di un programma di manutenzione e ispezione periodica degli impianti sì del, no

Impianto idro-sanitario

Presenza schema dell'impianto si no parziale

Registro interventi no si ultimo aggiornamento:/...../.....

Allegato calendario degli interventi?: no si

Checklist operazioni di manutenzione no si ultima compilazione:...../...../.....

Monitoraggio microbiologico: no si; frequenza; ricerca *Legionella* si no

UFC/L *Legionella* ultima analisi acqua calda, data

UFC/L *Legionella* ultima analisi acqua fredda, data

Approvvigionamento acqua

da rete di acquedotto

da pozzo di proprietà profonditàm

da corpo idrico superficiale

L'acqua di approvvigionamento è trattata si no; se si con

Impianto di accumulo e distribuzione dell'acqua fredda

Presenza di filtri si no; se si vengono puliti si no; se si con quale frequenza

Presenza di autoclave si no

Presenza di addolcitore si no

Serbatoi di accumulo acqua fredda si no se si, numero con copertura si no

materiale:.....

prese per campionamento: sul fondo del serbatoio a metà serbatoio assenza di prese per campionamento

temperatura acqua:..... °C

pulizia e disinfezione annuale si no altro

Esistono tratti ciechi sulla rete si no non noto

Le tubazioni dell'acqua calda e fredda sono sufficientemente distanziate si no non noto

Temperatura dell'acqua all'apertura del rubinetto.....°C

Temperatura dell'acqua dopo flussaggio (T costante)°C

Impianto di produzione e distribuzione dell'acqua calda sanitaria

Sistema di trattamento acqua a monte degli impianti di produzione dell'acqua calda sanitaria: assente presente tipologia:...

.....

.....

sostanze utilizzate (con loro concentrazioni di dosaggio):.....

.....

Acqua calda sanitaria prodotta mediante:

bollitore scambiatore di calore + serbatoio di accumulo scambiatore istantaneo a piastre

Esistono tratti ciechi sulla rete si no non noto

Svuotamento, disincrostazione e disinfezione semestrale riscaldatori ad accumulo, scaldabagni elettrici e rete acqua calda si no altra frequenza

Ispezione periodica dei serbatoi e delle tubature visibili si no

Disinfezione dell'acqua dopo interventi sugli scambiatori di calore si no non sono stati fatti interventi

Altro

Viene fatta scorrere l'acqua calda e fredda nei bagni delle camere non occupate

- si no
 settimanalmente per alcuni minuti
 prima dell'occupazione

Pulizia dei diffusori docce, rubinetti e filtri rompi getto no si; frequenza

Filtri antilegionella ai rubinetti no si data ultima sostituzione

Interventi di bonifica eseguiti

Shock termici/chimici

Shock termico			Iperclorazione		
data	motivazione	Reparti/Aree interessati	data	motivazione	Reparti/Aree interessati

Trattamento termico in continuo

Iperclorazione in continuo

Dal	Al	T°	Dal	Al	Cl-

Altri mezzi di bonifica

Metodo	dal	al	Note

Allegato calendario delle opere di bonifica effettuate? no si

Impianto di condizionamento dell'aria

assente presente

Presenza schema dell'impianto si no parziale

Registro interventi no si ultimo aggiornamento:/...../.....

Allegato calendario degli interventi? no si

Checklist operazioni di manutenzione no si ultima compilazione:...../...../.....

Prese d'aria esterne protette si no

Filtri

a monte dell'unità trattamento aria: classe, frequenza pulizia,
 frequenza sostituzione

a valle dell'unità trattamento aria: classe, frequenza pulizie,
 frequenza sostituzione

al sistema di ripresa dell'aria: classe, frequenza pulizia,
 frequenza sostituzione

vaschette raccolta condensa no si inclinate non inclinate

frequenza pulizie vaschette raccolta condensa

frequenza pulizia e disinfezione superfici alettate

UTA unità trattamento aria

sezione di umidificazione assente presente presente ma inutilizzata
 tipologia di umidificatore a vapore adiabatico
 utilizzo sostanze anti batteriche no si, quali?
 separatore di gocce assente presente
 vaschetta raccolta condensa: senza battente con battente di liquido:.....cm
 frequenza pulizie e disinfezione parti a contatto con l'acqua
 controlli analitici sull'acqua no si frequenza ricerca *Legionella* si no
 UFC/L *Legionella* ultima analisi, data

Frequenza pulizia canalizzazioni

Torri di raffreddamento

assenti presenti numero:.....
 Registro interventi no si ultimo aggiornamento:/...../.....
 Allegato calendario degli interventi?: no si
 Checklist operazioni di manutenzione no si ultima compilazione:...../...../.....
 Separatore di gocce assente presente
 Utilizzo sostanze anti-batteriche no si, quali?
 Presa per campione acqua da torre no si
 Spurgo automatico si no, come è eseguito lo spurgo?
 Frequenza interventi di pulizia e drenaggio:
 • alla fine della stagione di raffreddamento
 • all'inizio della stagione di raffreddamento
 • semestrale in caso di funzionamento continuo
 Controllo analitico sull'acqua di torre no si frequenza
 • carica totale, data ultimo controllo
 • ricerca *Legionella* no si UFC/L, data ultimo controllo

Attrezzature sanitarie**per Ossigeno terapia**

assenti presenti numero:.....
 Modalità di umidificazione: _____ acqua utilizzata _____
 Frequenza pulizia e disinfezione

per Aerosol terapia

assenti presenti numero:.....
 Modalità di umidificazione: vaschette monouso altro _____
 Frequenza pulizia e disinfezione

altre Attrezzature con nebulizzazione

assenti presenti tipologia numero:.....
 Modalità di umidificazione: vaschette monouso altro _____
 Frequenza pulizia e disinfezione

Attrezzature per Idromassaggio

assenti presenti numero:.....
Registro interventi no si ultimo aggiornamento:/...../.....
Allegato calendario degli interventi?: no si
Checklist operazioni di manutenzione no si ultima compilazione:...../...../.....

Presenza di sistema di ricircolo si no
Presenza di sistema di disinfezione dell'acqua si no
Sostituzione giornaliera di metà della massa d'acqua si no
Pulizia giornaliera dei filtri si no
Controllo giornaliero (3 volte al giorno) del cloro e della temperatura si no
Disinfezione settimanale accurata si no
Svuotamento completo no si frequenza

Fontane ornamentali

assenti presenti numero:.....
Trattamenti di disinfezione dell'acqua si no

Osservazioni.....
.....
.....
.....

REPARTO DI _____

E' disponibile una planimetria quotata e firmata da tecnico abilitato con indicate le destinazioni d'uso e i rapporti aero illuminanti ? o si o no

E' coerente con la situazione autorizzata o sono state apportate modifiche ? o si o no

Descrivere le eventuali modifiche apportate:

Igiene dei locali

Sono rispettate ed adottate le misure per:

- distinzione dei percorsi sporco_pulito o si o no
- la buona gestione dei servizi igienici o si o no
- la buona manutenzione dei locali e degli arredi o si o no
- le buone condizioni generali di pulizia o si o no
- le corrette modalità (procedure) di pulizia/disinfezione/sterilizzazione o si o no

Esistono cartelli di "**Vietato fumare**" conformi alla normativa? o si o no

Vie ed uscite di emergenza

- Vie ed uscite di emergenza perfettamente sgombre da materiali/ostacoli ed apribili? o si o no
- Vie ed uscite di emergenza chiuse per esigenze assistenziali? o si o no
- Esiste una procedura/gestione per la rapida apertura in emergenza? o si o no
- Porte REI tenute aperte con sistemi che non permettono la chiusura automatica in caso di incendio? o si o no
- Luci di emergenza perfettamente funzionanti? o solo alcune o si o no
- Gli estintori sono facilmente visibili e fruibili? o si o no
- Gli estintori sono stati controllati entro i sei mesi? o si o no
- La segnaletica di emergenza è presente e ben visibile? o si o no
- Illuminazione notturna funzionante? o si o no

Sono stati nominati e formati in numero adeguato gli addetti alla prevenzione incendi? o si o no

Numero Addetti formati _____ SI NO In programma per il _____
 Basso Rischio (D.M.10.03.98 - 4 ore) Medio Rischio (8 ore) Alto Rischio (16 ore)
 Attestato di idoneità rilasciato dai VVF

Sono stati nominati e formati in numero adeguato gli addetti al pronto soccorso? o si o no

Numero Addetti formati _____ data formazione _____
 Pronto soccorso gruppo A (D 388/2003 -16 ore)
 SI data _____ NO* In programma per il _____
 Aggiornamento triennale n.6 ore data _____

Pronto soccorso gruppo B – C (D 388/2003-12 ore)
 SI data _____ NO* In programma per il _____
 Aggiornamento triennale n.4 ore data _____

I farmaci sono conservati correttamente ? o si o no
Le procedure di conservazione e controllo scadenze sono correttamente applicate? o si o no
E' corretta la conservazione degli stupefacenti ? o si o no
I locali di stoccaggio dei rifiuti sono idonei ? o si o no
Il personale è a conoscenza delle modalità di attivazione degli interventi di manutenzione di impianti e attrezzature?
Sono presenti i manuali d' uso delle attrezzature? o si o no

Se presente autoclave, vengono effettuate le verifiche del processo di sterilizzazione? o si o no

Viene correttamente applicata la procedura _____ ? o si o no
(Indicare il nome della Procedura che è stata verificata)

EVENTUALI OSSERVAZIONI

Data _____